Über die neueren Behandlungsweisen des Trachoms.

(Aus der königl. Universitäts-Augenklinik zu München.)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium des Herrn Professor Dr. August von Rothmund, Direktor der königl. Universitäts-Augenklinik,

der

hohen medizinischen Fakultät

der Ludwig-Maximilians-Universität zu München,

vorgelegt von

Oskar Stobaeus

Kandidat der Medizin aus Regensburg.

Regensburg.

Druck der Verlags-Anstalt vorm. G. J. Manz.

1886.

Über die neueren Behandlungsweisen des Trachoms.

(Aus der königl. Universitäts-Augenklinik zu München.)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium des Herrn Professor Dr. August von Rothmund, Direktor der königl. Universitäts-Augenklinik,

der

hohen medizinischen Fakultät

der Ludwig-Maximilians-Universität zu München,

vorgelegt von

Oskar Stobaeus

Kandidat der Medizin aus Regensburg.

Regensburg.

Druck der Verlags-Anstalt vorm. G. J. Manz.

1886.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548316_0052

Herrn Professor

Dr. August von Rothmund

in grösster Dankbarkeit

gewidmet.

Über die neueren Behandlungsweisen des Trachoms.

Bei einem so hartnäckigen, die Geduld des behandelnden Arztes in der gleichen Weise wie die des Kranken auf die Probe stellenden Leiden, wie es die unter dem Namen des Trachom, Conjunctivitis granulosa etc. bekannte Bindehauterkrankung darstellt, kann es nicht befremdend erscheinen, wenn die Zahl der im Laufe der letzten Jahre empfohlenen Behandlungsweisen eine relativ grosse ist.

Ich unterlasse es, die bisher gebräuchliche Therapie des Trachoms zu schildern, soweit sie eine rein medikamentöse ist, beschränke mich

vielmehr darauf, die im letzten Jahrzehnt zu Tage getretenen Vorschläge zu berücksichtigen und von diesen auch genauer nur wiederum diejenigen, welche in die Rubrik der operativen Encheiresen fallen.

Die Jequirity-Behandlung.

Was zunächst die Jequirity-Behandlung (de Wecker) anlangt, so bin ich nicht in der Lage, mich hierüber kritisch zu äussern, da die diesbezüglichen Erfahrungen, welche die Münchener Universitäts-Augenklinik gesammelt hat, infolge des in Oberbayern seltenen Vorkommens des Trachoms zu spärlich sind, als dass aus ihnen bindende Indikationsschlüsse könnten abgeleitet werden.

Zudem gehörten die mit Jequirity behandelten Fälle alle dem ersten Stadium des Trachoms an, das sich, wie die geläuterte Kritik anderer bedeutender Praktiker dargethan hat, für diese Behandlungsmethode weniger eignet, als die den späteren Stadien der Krankheit angehörigen Fälle.

Conform den Resultaten von v. Hippel, Vossius, Brettauer u. a. zeigte sich auch in diesen Frühfällen der Münchener Universitäts-Augenklinik die Jequirity-Behandlung fast ganz einflusslos auf den Ablauf des Prozesses.

Von den mehr operativen Arten der Behand-

lung erwies sich das Ausdrücken der Trachomkörner in den Fällen als sehr erfolgreich, wo es sich nicht um ein diffuses, sondern um ein mehr circumscriptes Auftreten der Trachomkörner handelte. Das Ausdrücken der Trachomkörner.

Ich hebe das hervor, weil unter anderen auch Saemisch dieses Verfahren als ein irrationelles bezeichnet.

Die Anwendung des Pacquelinschen Thermokauters war ebenfalls in mehreren Fällen von sehr gutem Erfolge begleitet. Auch hier handelte es sich um Fälle, in denen der Übergangsteil der Bindehaut nur in Gestalt einzelner Eruptionen ergriffen war. Die Applikation des Thermokauters.

Ausführlicher möchte ich mich verbreiten über die im eigentlichen Sinne des Wortes operativen Behandlungen des Trachoms und zwar vornehmlich aus dem Grunde, weil an der Münchener Universitäts-Augenklinik seit geraumer Zeit ein Verfahren geübt wird, welches mir an Zweckmässigkeit den anderen, bisher gebrauchten Methoden mindestens ebenbürtig zu sein scheint, um nicht zu sagen, dieselben noch darin übertrifft. Die Excision der entarteten Bindehaut.

Der Versuch, das Trachom durch Excision der entarteten Bindehaut zu heilen, ist kein neuer.

Bekanntlich hat ja schon Himly im Jahre 1816 diese Methode empfohlen. Sie ist aber in den letzten Decennien so gut wie gar nicht geübt worden und dürfte in dieser Beziehung in neuerer Zeit wohl für viele Praktiker das absprechende Urteil bestimmend geworden sein, welches Saemisch über diese Encheirese gefällt hat.

Saemisch begründet seine abfällige Kritik damit, dass diese Operation in der Conjunctiva eine Narbenbildung veranlassen müsste, welche stets umfangreicher ausfallen würde, als die, welche aus der spontanen narbigen Umwandlung der Granulationen resultirt.

Auch noch in der jüngsten Zeit sind gegen diese Methode Bedenken geäussert worden.

In seiner Monographie („Über Trachom", Sammlung klinischer Vorträge, herausgegeben von v. Volkmann, Leipzig 1885) spricht sich Raehlmann folgendermassen darüber aus:

> „Auch noch heutzutage wird vielfach die Excision erkrankter Schleimhautstücke, insbesondere der Übergangsfalte empfohlen. Es ist kein Zweifel, dass auf solche Ex-

cisionen ein Nachlass der Entzündungserscheinungen nachfolgt, aber ebenso unzweifelhaft ist es, dass die Verkleinerung der Schleimhaut dadurch begünstigt und die Prognose in ungünstiger Weise beeinflusst wird. Es muss wenigstens als ein zweifelhafter Vorteil für Patient und Arzt bezeichnet werden, gegen einen zeitweiligen Erfolg schliesslich einen bleibenden Nachteil einzutauschen, welchem man bei Anwendung minder blutiger aber freilich langwieriger Kurmethoden hätte entgehen können Anders verhält sich die Sache, wenn infolge hypertrophischer Wucherungen die Schleimhautoberfläche pathologisch vergrössert worden ist, wie es bei den Duplikaturen der Übergangsfalten thatsächlich der Fall ist. In solchen Fällen können, wie auch meine (Raehlmann) Erfahrungen lehren, mehrere Millimeter breite Streifen, ohne den angedeuteten Nachteil excidirt werden.“

Im Gegensatze zu diesen beiden letztgenannten Autoren erklären sich Schneller, Heisrath, Vossius u. a. mehr oder weniger bedingungslos sehr warm für die Excision. Der erstere von ihnen,

Schneller, stellte auf Grund seiner Beobachtungen folgende Thesen auf:

1. Die klinische und poliklinische Behandlung des Trachoms wird durch die Excision wesentlich abgekürzt. In nicht ganz vier Wochen wird die klinische Behandlung beendet bei Kranken, deren Kur sonst sechs bis acht Wochen erfordert; in der Poliklinik in kaum fünf Wochen.

2. Die nach der Heilung zurückbleibende lineare Narbe übt keinerlei schädlichen Einfluss aus; die Verkleinerung des Bindehautsackes entspricht durchaus nicht dem in Wirklichkeit excidirten der stark geschwellten Conjunctiva. Manche Patienten gaben später an, die Augen nicht so weit öffnen zu können, als vor ihrer Erkrankung. — Die Excision verhütet, resp. verringert durch Beschleunigung der Heilung der übrigen Conjunctiva deren weitere Schrumpfung.

3. Alle gleichzeitig bestehenden Hornhautprozesse — Ulcera wie Pannus — heilen auffallend schnell. Wundgranulationen bewirken einen merklichen Stillstand; sie erzeugen sogar stärkere Reizerscheinungen, welche nach Beseitigung der Wundgranulationen sich rasch zurückbilden.

4. Das Trachom der Conjunctiva palpebrarum verringert sich schnell nach Excision der Übergangsfalte. Die Heilung wird durch Wundgranulationen verzögert.

5. Recidive des Trachoms und Pannus sind später nicht beobachtet worden.

Die Excision scheint also gegen Recidive einen wenn auch nicht absoluten, so doch sehr grossen Schutz zu gewähren.

Die Schneller'sche Methode.

Nach mehrfachen Modifikationen entschied sich Schneller für folgendes Operationsverfahren:

Mit oder ohne Narkose wurde bei ektropionirtem Lide mit einem der Desmarres'schen Pincette nachgebildeten Instrumente die Conjunctiva der Übergangsfalte erfasst, zwischen die Branchen eingeklemmt und am Rande der Pincette abgeschnitten.

Die Breite des excidirten Stückes schwankte zwischen drei und acht Millimeter.

Das Operationsfeld wurde sorgfältig mit Sublimatlösung (1:3000) irrigirt, die Wunde nach Stillung der Blutung mit Jodoform bestäubt und

dann das operirte Auge durch einen nassen Verband mit Borlint und Salicylwatte geschlossen.

Der Verband wurde täglich gewechselt, jedesmal die Wunde mit Sublimatlösung abgespült und mit Jodoform bestreut. In acht Tagen war die Heilung mit linearer Narbe erfolgt. Nach Beseitigung gelegentlich zustande gekommener Wundgranulationen mit dem scharfen Löffel trat schnelle und reizlose definitive Heilung ein.

Schneller hat übrigens nie Teile des Tarsus, sondern immer nur die Übergangsfalte entfernt.

In gleich günstigem Sinne äusserten sich über die Excision Heisrath und Galezowsky; auch Vossius hat die Schneller'sche Operation in fünfzig Fällen, wie er angiebt mit gutem Erfolge, verwendet.

Bei den später Operirten wendete er, dem Vorschlage Heisraths folgend, Nähte von feinster Conjunktivalseide an und erzielte dadurch eine prima reunio.

Die Beobachtung der Schneller'schen Kranken, dass sie die Augen nicht so gut wie vor der Operation öffnen konnten, führt Vossius auf eine Verletzung der tieferen, respektive muskulösen

Teile des Lides zurück, welche der Anwendung der Schneller'schen Pincette zuzuschreiben seien; durch sie werde es unmöglich, die erkrankte Bindehaut ohne subkonjunktivales Gewebe zu fassen und es entstehe so eine bedeutendere Schrumpfung derselben mit sekundärer Stellungsveränderung der Lider.

Vossius operirt immer unter Anwendung der Chloroformnarkose, da er durch Cocain keine vollkommene Anaesthesie der tieferen Conjunktivalschichten zu erzielen vermochte.

Sein Verfahren ist das folgende: Das obere Lid wird ektropionirt, von einem Assistenten die Bindehaut am konvexen Rande des Tarsus im inneren und äusseren Augenwinkel mit einer Hackenpincette gefasst und die Übergangsfalte vorgezogen, so dass sämtliche Falten geglättet sind und die ganze Schleimhaut bis zum Bulbus übersichtlich ausgebreitet vorliegt. Auf diese Weise werden häufig erst granulöse Infiltrationen der Conjunctiva sichtbar, die vorher den Blicken entzogen waren. Die Vossius'sche Methode.

Während der Assistent die Bindehaut vorzieht, wird mit einer scharfspitzigen Schere, die eine Branche subconjunktival vorschiebend, das

kranke Schleimhautgebiet erst nach dem Augapfel zu vom äusseren bis zum inneren Augenwinkel und dann, wenn nur die Übergangsfalte krank ist, diese am oberen, d. h. konvexen Rande des Tarsus, wenn der letztere ebenfalls erkrankt ist, auch noch in diesem das erkrankte Gebiet umschnitten. Unter sorgfältiger Blutstillung wird nun mit eiskalten, in vierprozentige Borsäurelösung getauchten Wattetampons die Conjunctiva der Übergangsfalte bis zum Tarsus ganz oberflächlich mit Schere und Pincette, und wenn der Tarsus afficirt ist, auch dieser von der Circumcisionsstelle bis zur Übergangsfalte von seiner Unterlage abpräparirt, indem mit einer Pincette die Bindehaut abgehoben und alles, was sich dabei anspannt, dicht an derselben mit Schere durchschnitten wird.

Das subconjunktivale, respektive subtarsale Gewebe wird möglichst geschont.

Nach Abspülen der Wunde mit kalter vierprozentiger Borsäurelösung wird die Blutung durch Eiskompressen gestillt, das Lid in seine normale Lage gebracht, noch einige Minuten mit Eiskompressen komprimirt, etwa später entstandene Blutgerinsel aus dem Bindehautsack entfernt und

dann ein beiderseitiger feuchter Druckverband angelegt.

Über den durchnässten Verband kommt zwei Tage hindurch eine Eisblase. Der Verband wird alle Tage gewechselt, die Lider zur Vermeidung einer Blutung geschlossen belassen.

Am fünften Tage verlassen die Kranken das Bett und machen auf dem kranken Auge, abwechselnd mit Verband, stundenweise Eisumschläge. Nach vierzehntägiger derartiger Behandlung ist die Wunde in der Regel linear vernarbt; in Ausnahmsfällen entstehende Wundgranulationen werden mit Schere abgetragen und mit Lapis die betreffenden Stellen kauterisiert.

Es erfolgt hierauf schnelle vollständige Heilung unter Veringerung der Reizerscheinungen und Besserung der Cornealaffektion.

Eine ganz wesentliche Abkürzung der Heilungszeit erzielte Vossius durch Schliessen der Wunde mit Nähten von feinster karbolisierter Konjunktivalseide. Er hat diese Methode in der letzten Zeit ausschliesslich angewendet, obwohl die Naht grosse Sorgfalt erfordert und wegen der schnellen Retraktion des bulbären Abschnittes der Übergangsfalte und

Einwärtsrollung des Wundrandes Schwierigkeiten verursacht und die Operation sehr komplizirt. Es wird deshalb gleich nach der Circumcision des kranken Bezirkes durch die dem Bulbus zugekehrte Wundlefze der Bindehaut ein dünner Suturfaden gelegt, was das Vorziehen der Conjunctiva bedeutend erleichtert. Wird dieser Kunstgriff unterlassen, so gelingt es nur nach längerem Suchen in dem blutbedeckten Terrain, die Bindehaut zu erfassen. In der Regel genügen fünf bis sechs Suturen; dieselben werden so zur Seite geschoben, dass die Cornea davon nur wenig oder gar nicht berührt wird. Die weitere Behandlung bleibt die gleiche, wie oben beschrieben.

Am dritten Tage werden die Fäden entfernt, die Wunde ist dann gewöhnlich fest verklebt. Am unteren Lide wird die Operation in ähnlicher Weise ausgeführt, indem der Operateur hier selbst die erkrankte Bindehaut mit der Pincette anzieht, während der Assistent das Lid mit den Fingern ektropionirt.

Während der ersten drei Tage sind die Lider unbedeutend geschwellt, an der Conjunctiva bulbi besteht eine geringe Injektion, an den Gefässen sind zuweilen kleinere Lymphangiektasien zu beobachten; Erscheinungen, welche unter kalten Um-

schlägen in zwei bis drei Tagen verschwinden. Von der dritten Woche ab werden Adstringentien bis zur vollständigen Entlassung aus der Beobachtung — meist drei bis fünf Monate lang — gebraucht. In drei Fällen entstand eine leichte Einwärtsdrehung der Lider, die durch Operation beseitigt werden musste. Seitdem Vossius genau darauf achtet, dass die Naht immer in den Tarsus oberhalb der inneren Lidkante zu liegen kommt, hatte er nie mehr eine Anomalie der Lidstellung zu konstatiren.

Bei ptosisartigem Herabhängen des Lides tritt die normalerweise vorhandene Falte in der Bindehaut wieder auf.

Die Lidspalte erscheint grösser als zuvor: Folge der oberflächlichen Operation und der starken Annäherung der Insertion des Levator an den freien Lidrand.

Wo nicht der ganze erkrankte Tarsus entfernt werden konnte, sondern noch ein Streifen von zwei Millimeter Breite mit Granulationen bedeckt zurückgelassen werden muss, bilden sich die letzteren im weiteren Verlaufe vollkommen zurück.

Gleichzeitig bestehender Pannus klärt sich wenige Tage nach der Excision und verschwindet in sechs bis acht Wochen fast ganz, bis auf eine hauchartige, bei Tageslicht kaum sichtbare Trübung.

Recidive von Pannus wurden nur beobachtet, wenn die Kranken sich vor der schädlichen Einwirkung von Wind, Zugluft, Rauch und Staub, sowie vor jeder Anstrengung der Augen nicht schützen können oder wollen.

Die Endresultate der Operation waren nach Vossius' Angabe sehr erfreuliche.

Alle Kranken waren arbeitsunfähig in die Kur getreten und verliessen spätestens innerhalb vier bis fünf Monaten die Poliklinik in arbeitsfähigem Zustande und sind es, wie Vossius ausdrücklich hervorhebt, auch späterhin geblieben.

Auch Hornhautgeschwüre heilten nach der Operation in wenigen Wochen; zweimal sah Vossius, dass sich beginnende Kerektasie vollkommen zurückbildete.

Akute Granulationen behandelte derselbe nie durch totale Excision, sondern mit Argent. nitr. und oberflächlichen, respektive tiefen Scarifikationen

und Excision kleiner, stark geschwellter und hyperämischer Schleimhautfältchen.

Bei veralteten, mehrere Monate und Jahre behandelten Fällen mit hochgradig verdicktem oder sulzig infiltrirtem Tarsus, welche immer wieder recidivirten, kam die Excision der Übergangsfalte zur Anwendung.

Die Methode von Eversbusch.

Schon geraume Zeit vor der Bekanntgabe des Vossius'schen Verfahrens hat Eversbusch die Entfernung der erkrankten Übergangsfalte mittelst einer Methode geübt, welche vor den bis jetzt besprochenen nach mehrfachen Richtungen hin in verschiedener Beziehung einen Vorzug besitzen dürfte.

Denn es lässt sich nicht leugnen, dass sowohl dem Schneller'schen wie dem Vossius'schen Verfahren ganz wesentliche Mängel anhaften:

Einmal lassen diese Methoden nie genau den Effekt voraussehen und berechnen.

Da die Sehne des Levator am Oberlide sehr oberflächlich liegt, ist die Gefahr einer Verletzung und daraus resultirende Ptosis zu befürchten.

Die Heilung erfolgt bei dem Schneller'schen Verfahren immer per secundam. Eine fast not-

wendige Folge davon ist einerseits die Entstehung von Wundgranulationen, welche nachträglich noch der Excision unterworfen werden müssen. Andererseits dürfte die Verheilung per secundam in gleicher Weise wie die eventuelle inter operationem stattfindende Verletzung der Levatorsehne zur Folge haben, dass die letztere in das Narbengewebe hineingezerrt wird und dadurch noch nachträglich eine Aktionsbeschränkung des Levator zustande kommt.

Vossius kann bei seiner Operation die Chloroformnarkose nicht entbehren; dadurch wird die Assistenz komplicirter und der freie Raum für den Operateur beschränkt.

Ferner wird die technische Ausführung, speciell das Anlegen der Suturen durch Zurückweichen der Conjunctiva bulbi sehr erschwert.

Die oberflächliche Lage der Levatorsehne schliesst auch bei dieser Methode die Möglichkeit einer Verletzung nicht vollkommen aus.

Da weiterhin erst nach der Excision die Nähte angelegt werden, so entsteht eine ziemlich starke Blutung, welche das Auffinden der Ein- und Ausstichstellen für die Bindehautnähte sehr erschwert.

Endlich schliesst die erst nach der Excision erfolgende Nahtanlegung den Nachteil in sich, dass nicht genau sich entsprechende Teile der Conjunctiva bulbi und der Conjunctiva palpebralis durch die Suturen vereinigt werden; wenn nämlich der Einstichpunkt oder auch der Ausstichpunkt nicht genau in der gleichen vertikalen Linie liegen, kann es zu Faltungen in der Conjunctiva kommen, wodurch das Auftreten von klaffenden Stellen in der Naht und damit die Entstehung sekundärer Granulationen begünstigt wird.

Alle diese Schattenseiten scheinen mir durch das gleich zu schildernde Verfahren von Eversbusch vermieden zu werden.

Dasselbe kürzt die Dauer der Operation bedeutend ab; dadurch wird auch, zumal wenn vorher ausgiebig cocainisiert worden ist (durch Einträufelung in den Bindehautsack und Bepinselung des Operationsterrains mit fünfprozentiger Cocainlösung), die Chloroformnarkose entbehrlich.

Das Verfahren, wie es auch von Professor von Rothmund geübt wird, ist kurz folgendes:

Das betreffende Lid wird stark ektropionirt, worauf der geschwellte und hyperplastische Fornix als breiter Wulst hervorspringt. Dabei muss der

Patient immer stark nach unten sehen, wenn am oberen Lide, und nach oben, wenn am unteren Lide operirt wird, weil dadurch erst der Fornix genügend stark hervortritt.

Nunmehr wird mit einer stark gekrümmten zwei bis zweieinhalb Centimeter langen Nadel in der Mitte des betreffenden Lides am sichtbaren Übergange des Fornix in die Conjunctiva bulbi eingestochen und am tarsalen Teile des Lides jenseits des hyperplasirten Fornix, gerade oberhalb der Einstichstelle wieder ausgestochen.

Die Durchführung dieser ersten Nadel dient vorzugsweise dazu, die hypertrophische Übergangsfaltenpartie durch Ziehen am Faden in dem folgenden Akte der Operation noch stärker hervortreten zu machen.

Zu dem Zwecke übernimmt ein Assistent die beiden Enden der Suturen, dieselben gerade nach vorne und unten ziehend, wenn es sich um das untere, nach vorne und oben, wenn es sich um das obere Lid handelt.

Die hierauf angelegten weiteren Suturen, je nach Bedürfnis zwei, drei oder vier, werden seitwärts von der ersten Sutur gegen die temporalen

und nasalen Lidkomissuren hin genau in der gleichen Weise wie diese in der Conj. palpebr. ein- und in der Conj. bulbi ausgeführt.

Durch das Anziehen der ersten Sutur von Seite des Assistenten wird der ganze hypertrophische Übergangsteil derartig von dem subconjunktivalen Gewebe abgezogen, dass die zweite und die folgenden Suturen sehr oberflächlich fallen und damit in dem dritten Operationsakte eine auch nur spurweise Verletzung der Levatorsehne so gut wie gänzlich ausgeschlossen ist.

Nach der Durchführung sämtlicher Fäden werden dieselben von dem Assistenten an ihren oberen und unteren Enden in frontaler Richtung nach vorne gezogen und der von ihnen begrenzte wulstige Übergangsteil mittels federnder Pincette und kleiner Cooper'scher Schere in der Art excidirt, dass weder die Ein- noch die Ausstichkanäle verletzt werden. Hierauf werden nach sorgfältiger Reinigung des Operationsterrains von Blutcoagulis die Suturen geschlossen und zum Schlusse vor Anlegung des Verbandes der Bindehautsack mit Sublimatlösung ausgespült, eine Massregel, die selbstverständlich auch vor der Operation zur Anwendung kommt.

Als Fadenmaterial verwendet Eversbusch feinste Catgutfäden, um einer nachträglichen Entfernung der Suturen und des damit verbundenen Risikos einer Wundsprengung überhoben zu sein.

Als Verbandmaterial werden mit hydrophiler Watte gefüllte Kissen aus Sublimatgaze verwendet, welche auf der dem Auge abgekehrten Seite in Guttapercha eingehüllt sind. Dieselben haben eine Grösse von sechs Centimeter im Quadrat, eine Dicke von zwei bis drei Centimeter und werden durch Bindetouren in Form eines Binoculus auf dem operierten Auge befestigt.

Dieser Verband wird täglich gewechselt.

Gewöhnlich treten in den ersten Tagen nach der Operation sehr starkes Lidoedem und bedeutende haemorrhagische Suffusion in dem subkutanen Lidgewebe auf, gelegentlich auch oedematöse Infiltration der Conjunctiva bulbi — Erscheinungen, welche aber unter dem feuchten Compressivverbande schon in wenigen Tagen zu weichen pflegen.

Was die mit dieser Methode erzielten Resultate anlangt, so kann ich die Anschauung von Vossius vollkommen bestätigen, dass die Excision der Übergangsfalte von ganz auffallend günstigem Einflusse sowohl auf

die Heilung des Trachoms selber, als auch auf die das Leiden komplicirenden Prozesse (Keratitis etc.) begleitet ist.

Es liegt nahe, anzunehmen, dass speciell die Resorption der Cornealinfiltrationen in hohem Grade begünstigt wird durch die dem operativen Eingriffe folgende längere Applikation des feuchtwarmen Verbandes.

Ich bemerke ausdrücklich, dass alle in der Universitäts-Augenklinik dahier nach der Eversbusch'schen Methode vollzogenen Operationen Fälle betrafen, in denen das Trachom die Conjunctiva tarsi so gut wie noch gar nicht ergriffen hatte.

In dieser Beziehung pflichte ich vollkommen Raehlmann bei, der ja bezüglich der Excisionsfrage eine vermittelnde Haltung zwischen unbedingter Ablehnung und rückhaltloser Adoption der operativen Encheiresen einnimmt.

Ich will damit nicht behaupten, dass diese Excisionsmethode überhaupt nur dann zur Verwendung kommen darf, wenn die Conjunctiva tarsi völlig frei ist, sondern man kann, wie ich glaube, diesen Eingriff auch noch ohne Gefahr einer nachträglichen Verengerung des Bindehautsackes oder

Einwärtsdrehung des Lides in Fällen unternehmen, in welcher auch schon der der Übergangsfalte benachbart liegende Teil der Conjunctiva bulbi von Trachomeruptionen durchsetzt ist.

Dagegen möchte ich unbedingt diejenigen Fälle von der Excision als ausgeschlossen erachten, bei welchen nicht nur die genannte Grenzzone der Lidbindehaut, sondern auch der übrige Teil gegen den Lidrand zu ergriffen ist; denn um in diesen hochgradigen Fällen zu einem endgiltigen Resultate zu gelangen, würde man doch genötigt sein, nahezu die ganze Conjunctiva abzupräpariren. Andererseits ist aber die Conjunctiva bulbi nicht so faltenreich, dass eine Nahtanlegung gemacht werden könnte, ohne gleichzeitig eine erhebliche, symblepharonartige Verkürzung des Conjunktivalsackes mitzubekommen.

Bezüglich dieser letztgenannten Fälle dürfte sich vielleicht eine Modifikation in der Art empfehlen, dass man sich mit einer Excision der stark hyperplasirten Übergangsfalten begnügt, die zurückgebliebenen Trachomkörner der Conjunctiva tarsi aber einer medikamentösen Behandlung unterwirft, welche in Anwendung des Cuprumstiftes, des Sublimat etc. bestehen würde.

Ich unterlasse es, die diesbezüglichen Krankengeschichten mitzuteilen, da sie alle miteinander gleichmässig die Brauchbarkeit des von mir geschilderten Verfahrens darthun.

Zweck dieser Arbeit war: auf die neue Methode die Aufmerksamkeit der Fachgenossen zu lenken.

Ich kann noch beifügen, dass auf die Empfehlung ihres Autors hin, infolge mündlicher Mitteilung auch Herr Oberstabsarzt Dr. Seggel dahier sich der Methode von Professor Eversbusch mit bestem Erfolge bedient hat. Auch er erzielte in den von ihm operirten Fällen jedesmal eine prima reunio.

Zum Schlusse erübrigt mir noch die sehr angenehme Pflicht, den letztgenannten beiden Herrn für ihre gütig gewährte Hilfe in Rat und That, sowie meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. von Rothmund, der mir das Material seiner Klinik bereitwilligst zur Beobachtung überliess, meinen verbindlichsten Dank abzustatten.